

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

(Completar todos los campos)

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la/s droga.....
Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación inesperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

En..... a los..... días del mes de de 20....

Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI..... fecha de nacimiento / /

Firma.....

Datos del representante legal (para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica – o física que impida firmar-)

Nombre y apellido..... Parentesco.....

DNI..... fecha de nacimiento / /

Firma.....

Datos del medico tratante

Nombre y apellido.....

Matricula profesional.....

DNI.....

Firma y sello (*donde conste especialidad*).....

OSPACP

HISTORIA CLINICA PARA SOLICITUD DE MEDICACION DE ALTO COSTO

Lugar.....	Fecha...../...../ 20.....
Institución.....	

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres.....		
Edad.....	Sexo.....	Fecha de nacimiento/...../.....
N° de Beneficiario...../.....		DNI. /CI.....
Domicilio.....		Ciudad.....
Provincia.....		Telefono.....

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

.....
.....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL

(Detallar estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades)
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTOS PREVIOS (detallando dosis y tiempos)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FUNDAMENTOS DE LA INDICACIÓN MEDICA ACTUAL

.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....(adjuntar fotocopia de informes)

DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO

Peso.....Kg	Altura.....cm.	
Superficie corporal..... M2 (si correspondiere)		
Dosis diaria	Dosis mensual.....	
Dosis semestral (si correspondiere)		
Tiempo probable de uso		
Dosis diaria		Dosis mensual.....
Dosis semestral (si correspondiere)		
Tiempo probable de uso		
Dosis diaria		Dosis mensual.....
Dosis semestral (si correspondiere)		
Tiempo probable de uso		

DROGA A SUMINISTRAR EN CADA PERIODO DE TRATAMIENTO

Monodroga en su nombre genérico con especificación de miligramos.....
.....
Cantidad de unidades a utilizar.....

OBSERVACIONES

--

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombres.....	
Especialidad.....	
Teléfono laboral.....	Días y horas de atención
Teléfono Movil.....	
Firma y Sello.....	